Hoidon nopea ja joustava järjestäminen edellyttää usein potilastietojen saamista ja luovuttamista muilta/muille terveydenhuollon toimintayksiköille. Pyydämme suostumustanne saada tallentaa, hankkia ja/tai luovuttaa Teidän/huollettavanne tietoja alla määrittelemällänne tavalle käytettäväksi tulevissa hoitotilanteissa. Tämä suostumuksen tai kiellon voin peruuttaa kirjallisesti milloin tahansa. Tarvittaessa henkilökunta auttaa lomakkeen täyttämisessä.

HYKSin kliiniset palvelut Oy:n (HYKSin Oy) potilaana tietonne tallennetaan potilasrekisteriin. Potilastietonne ovat salassa pidettäviä. Tietojanne käytetään hoitosuhteeseenne liittyen tutkimuksen ja hoidon järjestämiseen, suunniteluun, toteutukseen sekä seurantaan. Tietoja voidaan käyttää myös HYKSin Oy:n oman toiminnan tilastointiin, suunniteluun ja seurantaan. Sivullisille tietoja luovutetaan vain luvallanne tai lakiin perustuen.

Potilaan nimi:

Henkilötunnus:

Annansuostumukseni **tallentaa** potilastietoni HYKSin Oy:n potilasrekisteriin (tämä on edellytyksenä hoitosuhteen aloittamiselle kts. yllä)

Annan suostumukseni **hankkia** itseäni/huollettavaani koskevia **kaikkia** hoidon kannalta tarpeellisia tietoja

Annan suostumukseni **hankkia** itseäni/huollettavaani koskevia hoidon kannalta tarpeellisia tietoja seuraavin rajoituksin:

En anna suostumustani **hankkia** mitään itseäni/huollettavaani koskevia hoidon kannalta tarpeellisia tietoja

Tietojani saa **hankkia** seuraavista hoitopaikoista:

Terveyskeskus:

Sairaala:

Muu hoitopaikka:

Annan suostumukseni **luovuttaa** lähettävälle lääkärille ja jatkohoidosta huolehtiville terveydenhuoltoyksiköille/lääkäreille itseäni/huollettavaani koskevat kaikki jatkohoidon kannalta tarpeelliset hoitotiedot.

**Rajoitan** potilaskertomustietojen luovuttamista siten, että suostumus koskee:

Vain tätä hoitoa koskevia tietoja

Potilaskertomustietoja ajalta:

Muu rajoitus:

Kiellän **kaikkien** tietojen luovuttamisen

**Huomioitavaa**:

Päiväys:       Allekirjoitus: